Ein Fall

von

Hysteria gravis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Ewald Schaefer

cand. med. aus Baden-Baden.

München 1896.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ein Fall

von

Hysteria gravis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Ewald Schaefer
cand. med. aus Baden-Baden.

München 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent: **Herr Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen.**

Meinen Eltern

in dankbarer Liebe gewidmet.

Der Verfasser

Die Hysterie ist eine der ältesten und in ihrem Wesen meist umstrittenen Krankheiten, die uns bekannt sind. Ihre Geschichte reicht bis in das klassische Altertum zurück und zeigt einen Entwicklungsgang, welcher fast ebenso interessant erscheint, als die mannigfachen Erscheinungsformen der Krankheit selbst.

Bei dem nahezu gänzlichen Mangel an Kenntnissen in der Anatomie und Physiologie des menschlichen Organismus versteht es sich von selbst, dass die Naturphilosophen des alten Griechenland, die Repräsentanten der damals in den ersten Anfängen begriffenen medizinischen Forschung, trotz mancher scharfsichtigen Beobachtung nur sehr dunkle und unklare Vorstellungen von der Hysterie, ihren rätselhaften Phänomenen und deren kausalem Zusammenhange besitzen konnten.

Die konvulsiven Anfälle waren als das hervorstechendste das oft auch einzig wahrgenommene Symptom, und so war in ihrer Unterscheidung von den epileptischen Krämpfen a priori eine Schwierigkeit gegeben, mit der sich nicht nur Plato, Demokrit und besonders Hippokrates vergeblich abgemüht haben, sondern die trotz der von wissenschaftlichem Ernste durchdrungenen Arbeiten eines Celsus und vieler späterer Forscher bis in die neueste Zeit fortbestanden hat. Zweifellos ist daher die grosse Mehrzahl

der Fälle von Hysterie früher der Epilepsie zugerechnet worden.

Wie sehr übrigens die Meinungen bezüglich der Auffassung der Erscheinungen der Krankheit divergieren mochten, über ihren eigentlichen Sitz galt Jahrhunderte lang nur die eine Ansicht, welche auch durch die Autorität Galens gestützt wurde, dass nämlich der Uterus als locus morbi anzusehen sei. Daher erklärt sich der Name Hysterie (ὑστέρα-Gebärmutter).

Ueber die pathologischen Vorgänge, welche sich im Innern des Organismus bei Hysterie abspielen sollten, hatte man freilich die wunderlichsten und abenteuerlichsten Vorstellungen. Man dachte sich den Uterus durch den ganzen Körper wandernd und durch Druck auf einzelne Organe die entsprechenden verschiedenartigen Symptome hervorrufend.

Erst Galen (geboren 131 n. Chr.) erkannte bei seinen relativ genauen anatomischen Kenntnissen die Absurdität und die Unmöglichkeit einer derartigen Anschauung und suchte tiefer in das Wesen der Krankheit einzudringen. Er vermutete in der Retention des Menstrualblutes die Ursache derselben.

Die „uterine Theorie“ erfuhr so eine Modifikation, die von grundlegender Bedeutung für die weitere Forschung wurde. Es war daher eine Notwendigkeit logischer Schlussfolgerung, die Hysterie, die ja zunächst auch nur bei Frauen beobachtet worden war, als eine dem weiblichen Geschlechte ausschliesslich eigentümliche Erkrankung zu betrachten.

In der Aera der Humoralpathologie figurierten die Entstehung „schädlicher Dünste“ („vapores“) und die „Verderbnis der Säfte“ als ätiologische Momente, und als man in späteren Zeiten die letzten Ursachen aller Krankheiten

im Blute suchen zu müssen glaubte, wurde diese Idee auch bei der Frage nach der Entstehung der Hysterie allen Ernstes in Erwägung gezogen und hat noch in unserem Jahrhundert manche Anhänger gefunden. So betonte Laycock (1840) die ätiologische Beziehung abnormer Blutbeschaffenheit zur Hysterie, erkannte aber gleichzeitig dem Nervensystem eine gewisse Bedeutung zu, was aus seiner Bezeichnung „Neuraemia“ (νεῦρον, αἷμα) hervorgeht.

(Die neuesten und gewissenhaftesten Untersuchungen Quinquands haben übrigens bezüglich des Blutes hysterischer Personen im allgemeinen keinerlei Abweichungen von der Norm ergeben).

Den ersten bedeutenden Fortschritt in der Entwicklung der Lehre von der Hysterie verdankt die Wissenschaft dem französichen Forscher Charles Lepois, welcher im Jahre 1618 mit der bei den damals herrschenden Ansichten geradezu revolutionären Behauptung an die Oeffentlichkeit trat: „Hysterica symptomata vulgo dicta omnia fere viris cum mulieribus communia sunt.“ Er bezeichnet das Gehirn als den Sitz der Erkrankung und ist als Begründer der Auffassung der Hysterie als „Neurose“ zu betrachten.

Als eifriger Verfechter dieser Ansicht führte Willis am Ende des 17. Jahrhunderts einen erbitterten Kampf gegen Highmore, welcher zwar den Uterus nicht für den ausschliesslichen Sitz der Hysterie erklärte, denselben aber in die Eingeweide überhaupt verlegt wissen wollte.

Sydenham (1681) bestätigte die von Lepois festgestellte Thatsache und führte das Vorkommen der Hysterie bei Männern als Beweis gegen die uterine Theorie an. Dessen ungeachtet fand dieselbe im 18. Jahrhundert in Stahl und Hoffmann, welche die Ansicht von der

Retention der „weiblichen Samenflüssigkeit“ vertraten, wieder neue Anhänger. Der Kampf der Meinungen schwankte lange hin und her. Vergeblich betonte Robert Whytt (1767) den normalen Sektionsbefund des Uterus bei vielen hysterischen Frauen und, umgekehrt, das Fehlen sogenannter hysterischer Symptome bei schweren Gebärmuttererkrankungen.*)

Bezüglich der männlichen Hysterie erklärte Louyer-Villermay (1816), sie beruhe lediglich auf falscher Diagnose und sei vielmehr als Ausdruck der Hypochondrie zu betrachten. Seine Meinung von der Retention des weiblichen Samens wurde von Georget als unsinnig und und lächerlich bezeichnet, während Briquet das Zugeben der Existenz weiblichen Samens, da doch gar keine Organe zur Absonderung eines solchen vorhanden seien, auf das strengste rügte.

In England machte Brodie (1837), ein Anhänger Sydenhams, gewissenhafte Studien über die Hysterie, die bei ihr vorkommenden Neuralgien, Lähmungen, Contracturen u. a. m. und erkannte vor allem die so charakteristische Herabsetzung der Willensthätigkeit.

Von deutschen Forschern war es ausser Valentiner und Meyer besonders Romberg (1850), welcher die

---

*) Es sind hier die hysterischen Stigmata gemeint, obwohl freilich diejenigen Symptome, besonders Schmerzen und Reflex-Krämpfe, welche bei Uteruserkrankungen von diesem Organe selbst ausgehen, mit weit grösserer, oder eigentlich mit ausschliesslicher Berechtigung „hysterisch“ genannt zu werden verdienten. Indessen ist die Wissenschaft genötigt, den Sammelbegriff „hysterisch“, wie sehr er auch zu falschen Anschauungen Veranlassung gegeben hat und in Zukunft noch geben wird, solange beizubehalten, bis ein geeigneter anderer, und zwar genügend prägnanter Ausdruck ausfindig gemacht ist. Und das dürfte wohl sehr schwer sein!

Hysterie als eine durch Genitalreiz bedingte Reflex-Neurose auffasste.

Von der Mitte unseres Jahrhunderts an hat sich in erster Linie die französische Schule um die Erforschung der Hysterie grosse Verdienste erworben. Zunächst machte Briquet im Jahre 1859 auf das entschiedenste gegen die uterine Theorie Front, indem er, auf Grund von 430 selbst beobachteten Fällen, das relativ sogar häufige Vorkommen der Hysteria virilis betonte. Indessen war erst Charcot, welcher 1862 die Leitung der Salpêtriére in Paris übernahm, dazu berufen, die allgemeinen Gesetze, welche die verwickelte Gesamtheit des hysterischen Krankheitsbildes verknüpfen, festzustellen, eine genaue Charakteristik der hysterischen Anfälle zu geben und die Beziehungen zwischen Hysterie und Epilepsie klar zu legen. Er und seine Schüler haben auf die ganze Lehre von der Hysterie umgestaltend eingewirkt und die Forschung in andere Bahnen gelenkt, indem sie ihr neue Perspektiven eröffneten.

Der Mangel an einer nachweisbaren anatomischen Grundlage hatte schon längst zu Gunsten der Auffassung der Hysterie als „allgemeine funktionelle Neurose“ gesprochen (Brachet 1846). Nach und nach begann man denn auch, die uterine Theorie völlig aufzugeben, und, nachdem einmal der Anstoss dazu gegeben war, den nervösen Charakter der Krankheit näher zu studieren.

Man erkannte nunmehr in einer — fast immer hereditären — neuropathischen Konstitution das eigentliche ätiologische Moment der Hysterie, welches indessen seine volle Wirkung oft erst entfaltet bei dem Eintreten bestimmter Gelegenheitsursachen. Als solche sind einmal gewisse Intoxicationen (Blei, Quecksilber, Nikotin, Morphium, Alkohol u. a. m.) anzusehen, dann aber ganz besonders Traumen,

und man spricht in diesem Falle von einer „traumatischen“ Hysterie, indem man dieselbe in das grosse Gebiet der traumatischen Neurosen verweist.

So unverkennbar in der That die Einwirkung eines solchen traumatischen Insultes auf die Entwicklung der Krankheit ist, so muss doch hervorgehoben werden, dass das wirksame Prinzip nicht in dem Trauma an und für sich, sondern vielmehr in dem damit verbundenen psychischen Shock zu suchen ist, wie denn überhaupt die verschiedensten Alterationen der minder widerstandsfähigen Psyche die Entstehung sowohl als auch die weiteren Erscheinungsformen der Hysterie in nicht zu leugnender Weise zu beeinflussen imstande sind. Charcot betont, dass der Geistes- und Seelenzustand der Hysterischen ebenso wie die somatischen Stigmata, zu dem allgemeinen Krankheitsbilde gehöre, und dass nur unter Berücksichtigung der seelischen Vermittelung der verschiedenen Vorgänge ein Verständnis jener „vielgestaltigen und ungreifbaren“ Krankheit möglich und eine einheitliche Deutung derselben zu erzielen sei.

Seine Auffassung von dem Wesen der Hysterie hat sich in neuester Zeit auch in Deutschland mehr und mehr Bahn gebrochen, wenn auch ihre Bezeichnung als „Psychose par excellence“ bisher noch keineswegs allgemeine Gültigkeit erlangt hat.

Nach diesen kurzen, die hauptsächlichsten Phasen der geschichtlichen Entwicklung beleuchtenden Vorbemerkungen sei es mir gestattet, auf einen Fall von Hysteria gravis näher einzugehen, welcher seit dem Jahre 1892 in der medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen in Beobachtung steht, und dessen

mannigfache und schwere Symptome sich im Laufe der Zeit zu einem ganz eigenartigen und im höchsten Grade interessanten Krankheitsbilde gestaltet haben.

Die Patientin ist eine 23jährige Müllerstochter. Die Anamnese ergiebt, dass die Kranke hereditär in keiner Weise belastet ist, dass vielmehr ihre Eltern, welche beide noch leben und sich angeblich einer guten Gesundheit erfreuen, kräftig sind und nicht die geringste Spur von Nervosität zeigen. Das Fehlen irgend welcher nervöser Erscheinungen auch bei den zahlreichen Geschwistern der Patientin steht mit diesen Angaben in Einklang. Um so merkwürdiger muss es daher erscheinen, dass sich bei entschiedenem Ausschluss hereditärer neuropathischer Disposition eine so schwere Krankheit entwickeln konnte. Dass dies nur auf nervöser Basis möglich ist, darüber kann kaum ein Zweifel bestehen, und thatsächlich finden sich in der Geschichte der Kindheit der Patientin manche Anhaltspunkte, die man in ätiologischer Beziehung zur Erklärung heranziehen muss. Die Kranke ist etwas im Wachstum zurückgeblieben, von jeher schwächlich und schon in frühester Jugend sehr leicht und übermässig reizbar gewesen. Eine Neigung zu Convulsionen hat seit der Zahnungsperiode bestanden und steigerte sich von der Zeit an, wo Patientin die Schule besuchte und von ihren kräftiger entwickelten Altersgenossinnen vielfach geneckt und wegen eines chronischen Kopfausschlages als „Aussätzige“ gemieden und verspottet wurde. Daher bekam sie oft Weinkrämpfe, und bei besonders starker Reizung traten sogar körperliche Krampfanfälle auf, die 5—15 Minuten andauerten. Die Beurteilung dieser motorischen Reizerscheinungen ist natürlich äusserst schwierig, indessen ist es wohl möglich, dass jene Anfälle bereits die Vorläufer der späteren Hysterie waren,

welche nach Briquet bei kleinen Mädchen schon beobachtet werden kann.

Jedenfalls erhellt aus den Angaben der Kranken, dass eine Erhöhung der Erregbarkeit des Nervensystems und somit eine gewisse Schwäche desselben als prädisponierende Ursache vorhanden war. Die unfreundliche Behandlung, welche sie auch von seiten ihrer Eltern und Geschwister erfahren hat, mag unter diesen Umständen mit dazu beigetragen haben, einen für die Entwicklung der Hysterie günstigen Boden zu schaffen.

Bezüglich der in der Kindheit durchgemachten Krankheiten (Scharlach, Gehirnentzündung) fehlen der Patientin genaue Erinnerungen. Als sie im Jahre 1886 beim Hüten von Kühen einer derselben, die sich zu verirren drohte, mit Aufgebot ihrer ganzen Kräfte nachlief, brach sie plötzlich zusammen, blieb längere Zeit auf der Wiese bewusstlos „mit zusammengezogenen Gliedern“ liegen und schlief dann, nach Hause verbracht, anhaltend 4 Tage lang.

Die Periode trat im 15. Lebensjahre ein, war stets mit starken Schmerzen in der linken Seite des Leibes verbunden, meist sehr profus und äusserst unregelmässig. Während sie anfangs oft 9—14 Wochen vollständig cessierte, stellten sich später alle 8 Tage heftige Metrorrhagien ein, durch welche sich die Kranke äusserst geschwächt fühlte.

Es ist klar, dass auch diese pathologischen sexuellen Verhältnisse nicht nur auf den Körper, sondern auch ganz besonders auf die Psyche der Patientin eine höchst nachteilige Rückwirkung üben mussten, sodass man ihnen zwar keine primäre, aber immerhin sekundäre Rolle bei der Entstehung der Hysterie zuerkennen darf.

Zu alle dem kommt nun, dass Patientin ungefähr gerade während der Zeit der Pubertätsentwicklung ein schweres

Trauma erlitten hat, indem sie von einer Kuh an das rechte Bein geschlagen wurde. Durch dieses Trauma, verbunden mit einem heftigen psychischen Shock, war zweifellos eine jener günstigen Gelegenheitsursachen der Krankheit gegeben, welche denn auch ein halbes Jahr später — nach Ablauf einer im Anschluss an jenen traumatischen Insult entstandenen Kniegelenksentzündung — mit allmählich immer prägnanteren Symptomen zum vollen Ausbruche gelangte.

Als die Kranke eines Tages schwere Milcheimer vom Keller herauf tragen sollte, kam es zu einem intensiven Paroxysmus. Sie brach plötzlich zusammen unter tonischen Beugekrämpfen der Arme und Hände, wobei sich die Fingernägel fest in die vola manus eingruben. In dieser Zwangsstellung verharrten die Oberextremitäten 2 Tage lang, bis es dem hinzugerufenen Arzte gelang, sie mit Hilfe des faradischen Stromes wieder zu strecken. Eine Indikation zur Fortsetzung dieser Therapie war um so dringender vorhanden, als etwa 14 Tage später sich auch Beugekrämpfe in den Beinen hinzugesellten. Alsbald beteiligte sich auch der Rumpf. Das Bewusstsein war meist erloschen. Im engsten Zusammenhange mit diesen in der motorischen Sphäre sich abspielenden Vorgängen zeigte sich eine schwere Alteration der Psyche: Lachkrämpfe wechselten ab mit heftigen Weinkrämpfen, verbunden mit starken klonischen Zuckungen. Während solcher Attacken gebärdete sich die Kranke wie rasend, schrie zuweilen stundenlang, kratzte und biss um sich, kurz, die Anfälle trugen geradezu den Charakter der Tobsucht. Alle diese psychomotorischen Reizerscheinungen nahmen im Laufe der Zeit an Häufigkeit zu, und zwar will die Patientin zur Zeit der Menses, welche ihr Allgemeinbefinden stets in ungünstigster Weise

beeinflussten, eine gesteigerte Disposition zu derartigen Paroxysmen beobachtet haben.

Schlaf stellte sich meist erst sehr spät ein und war oft durch nervöse Zuckungen gestört.

Der Appetit war sehr wechselnd; bald bestand kaum stillbarer Heisshunger, bald herrschte völlige Anorexie, und eine Zeit lang trat nach jeder Mahlzeit, oder aber selbst in vollkommen nüchternem Zustande, durch geringfügige psychische Erregungen hervorgerufen, häufiges Erbrechen ein. Der entleerte Mageninhalt war meist mit Blut gemischt, eine Erscheinung, welche bei Hysterie vielfach zu Tage tritt und zurückzuführen ist auf eine durch häufige mechanische Reizung beim Brechakt bedingte Ruptur kleiner Gefässe.

Während der Stuhl zuweilen tagelang angehalten war, bestand, was sehr bemerkenswert ist, schon vor einigen Jahren eine incontinentia urinae mässigen Grades; welche in neuerer Zeit bedeutend zugenommen hat. Wir werden darauf später zurückkommen.

Mit etwa 18 Jahren hat dann Patientin einen Typhus gehabt, nach dessen Überstehen sie eines Morgens mit einer angeblich über Nacht entstandenen rechtsseitigen Hemiplegie der oberen und unteren Extremität erwachte.

Als sich später im Anschluss an diese Lähmung hochgradige Contracturen, zuerst des rechten, dann auch des linken Beines entwickelten, sodass das Gehen und Stehen absolut unmöglich wurde, suchte Patientin im Sommer 1892 das Krankenhaus auf.

Die objektive Untersuchung ergab damals bezüglich der allgemeinen äusseren Verhältnisse einen kleinen, sehr gracilen Bau des Körpers, der eine ziemlich hochgradige Abmagerung zeigte.

Sehr auffällig war die frequente Respiration. Die Zahl der Atemzüge bewegte sich zwischen 50 und 60 in der Minute, ja sie stieg gelegentlich praesente medico auf 100 und darüber. Sobald indessen die Patientin sich allein und unbeobachtet glaubte, wurde die Atmung in der Regel ruhiger, konnte sogar zur Norm zurückkehren, so dass eine psychische Beeinflussung derselben um so unverkennbarer ist, als weder Lungen noch Herz bei der physikalischen Exploration pathologische Veränderungen erkennen liessen, die jene Erscheinung hätten erklären können.

Bei der weiteren Inspektion des Körpers mussten vor allem die bedeutenden Kontrakturen der unteren Extremitäten imponieren. Die Füsse waren bei starker Plantarflexion der Zehen über einander gekreuzt, die Unterschenkel im Knie-, die Oberschenkel im Hüftgelenk stark gebeugt, so dass die Fersen nach den Tubera ischii zu zu liegen kamen. Es war nahezu unmöglich, durch passive Gewalt eine Streckung der Extremitäten zu erzielen; ebenso erfolglos war die Anwendung der statischen Elekrizität: selbst stärkere Funken vermochten auf die Kranke keinen besonderen Eindruck zu machen. Wohl aber zeigten sich die Kontrakturen und die durch sie bedingte Astasie-Abasie einer suggestiven Behandlung zugänglich. Schon durch blosses gütliches Zureden konnte Patientin veranlasst werden, mit beiderseitiger Unterstützung einen Gehversuch zu machen, wobei sie allerdings die Beine nur wenig bewegte und fortwährend in die Kniee sank. Die Probe, die Kontrakturen durch Schienenfixation während der Nacht auszugleichen, schlug fehl, dieselben traten vielmehr in ihrer früheren Intensität wieder auf. Eine entschiedene Besserung im Gange wurde durch hypnotische Suggestion erzielt, welche fast immer mit Leichtigkeit

gelang. Zunächst machte Patientin kleine tänzelnde Schritte, welche in den nächsten Tagen etwas nachliessen, ihre Körperhaltung wurde eine bessere, und sie begann sogar, für kurze Zeit allein zu stehen. Blieb sie jedoch etwas länger ohne Stütze sich selbst überlassen, so fiel sie unter Drehbewegungen zu Boden.

Die Diathese zur Kontraktur war im weiteren Verlaufe sehr dem Wechsel unterworfen und beeinflusste dementsprechend das Gehvermögen der Kranken. Nach den jeweiligen Umständen war dasselbe an dem einen Tage sehr erschwert, am anderen wieder ein relativ gutes, abgesehen von einem Nachschleppen des rechten Fusses. Dieses Phänomen besteht noch heute als Ausdruck einer Parese.

Muss nach den soeben geschilderten Beobachtungen eine mit unseren diagnostischen Hilfsmitteln nachweisbare organische Erkrankung als Ursache der Kontrakturen ausgeschlossen erscheinen und vielmehr den Verdacht auf ihre hysterische Natur lenken, so ergibt sich von selbst die Frage nach sonstigen Symptomen, welche die Diagnose Hysteria bestätigen.

Charcot hat bekanntlich den hysterischen Zustand charakterisiert durch das Vorhandensein gewisser dauernder „Stigmata“, und zwar somatischer wie psychischer Art, während nach seiner Auffassung der hysterische Anfall kein eigentlich pathognomonisches Symptom der Hysterie darstellt, da er unter Umständen gänzlich fehlen kann, sondern vielmehr einen blossen Paroxysmus.

Es sei nun zunächst von den somatischen Stigmata die Rede.

In allen Fällen von ausgesprochener Hysterie besteht ausnahmslos ein Zustand von allgemeiner oder partieller Anästhesie, die sich gewöhnlich auf eine, und zwar mei-

stens die linke Körperhälfte beschränkt. Es ist dabei charakteristisch, dass diese Anästhesie insofern ein gewissermassen latentes Symptom ist, als die Kranken von der Existenz derselben in der Regel keine Ahnung haben. Aus diesem Grunde fehlten auch in unserem Falle diesbezügliche Angaben.

Gleichwohl war bereits im Jahre 1892 eine hochgradige rechtsseitige Hemianästhesie vorhanden, während gleichzeitig auch auf der linken Seite die Sensibilität herabgesetzt war. Die Unempfindlichkeit der Haut bestand für alle Empfindungsqualitäten: sowohl für Berührung als auch für Temperaturdifferenzen, wie für den elektrischen Strom. In gleicher Weise war auch die Schmerzempfindung R erloschen, L dagegen wurden leichte Nadelstiche verspürt.

Jenes interessante Phänomen des Transferts, nämlich die Uebertragung der Anästhesie durch Auflegen bestimmter Metallplatten auf die entsprechende, genau symmetrische Stelle der gesunden oder wenigstens noch einigermassen empfindungsfähigen Seite, wodurch der vorher anästhetische Bezirk vorübergehend seine Sensibilität wiedererlangt, war bei der Patientin des öfteren innerhalb weniger Sekunden hervorzurufen. Die Wirksamkeit der einzelnen Metalle, bezw. die Empfänglichkeit der empfindungslosen Kranken für dieselben ist individuell sehr verschieden. Im vorliegenden Falle wurde der Effekt durch Gold und Silber erzielt, blieb indessen auch mehrfach aus.

Es sind zur Erklärung dieser ästhesiogenen Wirkung, welche übrigens von verschiedenen Autoren u. a. auch bei Anwendung von statischer Elektrizität, Senfpflastern, gewissen Erzen und Mineralsalzen sowie Inhalationen von Amylnitrit (Rosenthal, Urbantschitsch) beobachtet

wurde, von Regnard, Vigoureux, Schiff, Hughes Bennet und Hack Tuke verschiedene „physikalische“ und „psychische“ Theorien aufgestellt worden, von denen ein Theil jedoch durch Charcot bereits bestimmte Widerlegung gefunden hat.

Die Transfertwirkung wurde bei unserer Patientin gelegentlich auch mit Amylnitrit versucht. Die Einatmung desselben verursachte ihr nach einiger Zeit heftiges Hitzegefühl und Kopfschmerzen; der Puls stieg auf 144. Alsbald erfolgte zweimal Erbrechen. Der Transfert war indessen nicht erzielt worden.

Es sei hier bemerkt, dass sich der Transfert auch in der sensoriellen Sphäre wirksam erweisen kann. So gelang es, die Hörfähigkeit unserer Kranken, welche R für Flüstersprache aufgehoben, für Conversationssprache dagegen nur 60 cm betrug, durch Transfert auf 80 cm für Flüstersprache zu erhöhen, wobei sie gleichzeitig L, wo sie zuvor 3 m für Flüsterton betragen hatte, auf 1 m herabgesetzt war.

Von gleicher stigmatischer Bedeutung wie die Anästhesien sind die ebenfalls bei der Hysterie fast in jedem Falle zu beobachtenden Hyperästhesien. Bei unserer Patientin fanden sich hyperästhetische Stellen einmal an der Wirbelsäule, deren 9. und 10. Brustwirbel äusserst druckempfindlich waren. Dieser als „Rhachialgie“ bezeichnete Schmerz ist schon von Sydenham neben anderen Hyperästhesien, bezw. hysterischen Neuralgien, wie z. B. dem Clavus hystericus, der Cephalalgie und Odontalgie, beschrieben worden und wurde früher fälschlich als hysterische Spinalirritation bezeichnet.

Eine zweite hyperästhetische Zone bestand in der linken Ovarialgegend. Man hat vielfach darüber gestritten, ob das Ovarium selbst oder nicht vielmehr die Muskeln

oder die Haut des Abdomens Sitz dieser Hyperästhesie sei, da auch bei Männern in der dem Ovarium entsprechenden Provinz jene „Ovarie" gelegentlich wahrgenommen wurde. Die von Gilles de la Tourette angeführte Thatsache, dass der Schmerz mit Lageveränderungen des Uterus, z. B. bei Schwangerschaft oder Retroflexion entsprechend seine Localisation ändere, scheint indessen dafür zu sprechen, dass doch dem Ovarium jene erhöhte Empfindlichkeit zugeschrieben werden muss. In der That habe ich mich bei der in Frage stehenden Patientin persönlich überzeugen können, dass sie Schmerzempfindung nur bei Druck auf das linke Ovarium selbst äusserte, während die Haut der Bauchdecken sowohl als auch die tieferen Schichten absolut anästhetisch und analgetisch waren.

Früher konnte man durch Druck auf diese Ovarialzone prompt einen hysterischen Anfall auslösen: sie war also gleichzeitig hysterogen, was durchaus nicht immer der Fall zu sein braucht. Ob sie auch krampfhemmend gewesen ist — bekanntlich lässt sich durch einen besonders starken Druck auf die Ovarien oft der Anfall coupieren — konnte ich nicht in Erfahrung bringen.

Was nun jene convulsiven Anfälle selbst anbelangt, so traten sie während des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhause in gesteigerter Häufigkeit und Intensität auf. Oft erfolgten mehrere an einem Tage oder auch in der Nacht. Sie waren ausgezeichnet durch einen typischen Opisthotonus mit der bekannten Charcotschen Kreisbogenstellung des Körpers: nur Hinterhaupt und Fersen ruhten noch auf der Unterlage. Gewöhnlich ging einem solchen Paroxysmus eine Aura voraus, bestehend in allgemeinem Unwohlsein, Ziehen in den Gliedern, Kopfschmerz, besonders auf der linken Seite über dem oberen Augenrande (Migraine

ophtalmique?), ferner Schwindel und zuweilen auch Erbrechen.

Nach diesen Krampfattacken verfiel Patientin infolge grosser Mattigkeit meist in festen Schlaf, während dessen sich jedoch häufig noch convulsive Zuckungen an Armen und Beinen bemerkbar machten. Trotz dieser äusserst heftigen Anfälle, welche zuweilen von halbstündiger Dauer waren, trat Patientin alsbald aus dem Krankenhause aus.

Als sie nach zwei Jahren wieder zurückkehrte, war ihr Ernährungszustand ein weit besserer. Die Respiration war etwas beschleunigt, aber nicht dyspnoisch. Lungen und Herz ergaben normale Befunde, ebenso die Untersuchung des Harnes.

Das Abdomen war in toto, besonders aber im Epigastrium stark meteoristisch aufgetrieben und bot mässig starke Resistenz. Dieser hysterische Tympanites wird oft so bedeutend, dass Schwangerschaft, Tumoren oder Peritonitis vorgetäuscht werden können. Allein diese Erscheinung beruht lediglich auf einer abnormen Anhäufung von Gasen und oft in grossen Mengen verschluckter Luft in den Därmen, wobei vielleicht auch ein gewisser atonischer Zustand derselben in Betracht kommt. Zuweilen will die Kranke unter sehr starkem (wohl meist geruchlosen) Flatus zu leiden gehabt haben.

Durch die Untersuchung der Motilität wurde festgestellt, dass die aktive Beweglichkeit in den oberen Extremitäten ziemlich normal, in den unteren dagegen herabgesetzt war. In der Vollführung aufgetragener Bewegungen, wie z. B. Berührung des Knies der einen mit der Ferse der anderen Seite, liess sich eine gewisse Unsicherheit, ein leichter Grad von Ataxie erkennen, welche wohl durch den Mangel an Sensibilität der Haut und der Mus-

keln, sowie durch die Aufhebung jeglicher Bewegungsempfindung — wovon später noch die Rede sein wird — eine genügende Erklärung finden. Das trophische Verhalten der Muskeln erwies sich als völlig normal.

Was den Gang der Kranken betrifft, so war derselbe charakterisiert durch kleine Schritte, die von balancierenden Bewegungen der oberen Extremitäten begleitet wurden. Die Haltung der Beine war dabei eine gespreizte, die Füsse setzte Patientin, mit dem äusseren Rande zuerst, laut klatschend auf den Boden. Nach einiger Zeit, besonders bei doppelseitiger Unterstützung, vermochte sie indessen ziemlich rasch zu gehen, indem sie in eigentümlich galoppartiger Bewegung das linke Bein voraussetzte und das rechte schnell nachzog.

Die Beweglichkeit der Nacken- und Gesichtsmuskulatur, des Kiefers, der Zunge und des weichen Gaumens verhielt sich durchaus normal; desgleichen die der Augenlider und der Bulbi. Die Pupillen waren von mittlerer Weite, beiderseits gleich weit und reagierten gut auf Licht.

In der sensiblen Sphäre machte sich eine bedeutende Verschlechterung gegen früher geltend. Abgesehen davon, dass sich die Anästhesie und Analgesie fast gleichmässig auf beide Körperhälften erstreckte — auf der linken Seite im Bereiche des Abdomens schien nur die Temperaturempfindung eine Einbusse erlitten zu haben — wurde das völlige Erloschensein des Muskelsinnes konstatiert. Wenn die Kranke die Augen abwendete oder schloss, konnten sowohl mit ihren oberen als auch mit den unteren Extremitäten beliebige passive Bewegungen ausgeführt werden, ohne dass sie von der jeweiligen Stellung oder Lagerung ihrer Glieder eine Vorstellung hatte. So wenig wir bis

jetzt im stande sind, für die meisten Erscheinungen der Hysterie eine auf anatomischer Grundlage beruhende Erklärung zu finden, so wenig dürfte dies auch hier gelingen. Die Verhältnisse liegen jedenfalls vollkommen analog denen der cutanen Anästhesie. Das Fehlen einer Verknüpfung von Empfindung und Vorstellung lässt die letztere nicht zum Bewusstsein gelangen, dessen Feld auf diese Weise allmählich gewissermassen eine Einengung erfährt, welche für bestimmte Vorstellungen eine dauernde wird, bezw. in unserem Falle geworden ist.

Dieselben Betrachtungen können auch bezüglich der sensoriellen Störungen gelten, die bei unserer Patientin ebenfalls ein besonderes Interesse in Anspruch nehmen.

Ausser der bereits früher vorhandenen Abschwächung des Hörvermögens ergab die Untersuchung das Bestehen einer bedeutenden rechtsseitigen Amblyopie. Dieselbe umfasste eine Herabsetzung der Sehschärfe, eine konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes und eine Verminderung des Farbensinnes. Es ist für die Beurteilung auch dieser Erscheinung von Wichtigkeit, dass sie durchaus nicht auf physikalisch nachweisbare Ursachen zurückgeführt und daher auch nicht etwa durch geeignete Brillengläser behoben zu werden vermag.

Die vorhandene Anosmie erstreckte sich vorzugsweise auf die rechte Seite, aber auch L war das Geruchsvermögen erheblich beeinträchtigt. Analog verhielt sich der Geschmackssinn.

Inzwischen waren die convulsiven Anfälle, welche früher einen maximalen Grad erreicht hatten, vollkommen verschwunden. An ihre Stelle schien eine leichtere motorische Unruhe getreten zu sein, die sich dadurch kundgab, dass Patientin nicht im stande war, still zu sitzen oder zu

liegen. Sie gestikulierte fortwährend mit den Händen, kreuzte sie bald über die Brust, bald schlang sie die Finger ineinander oder rieb sich die Arme; ja sie kratzte sich sogar mutwilliger Weise wund.

In dieser Zeit gelangte zum ersten Male ein äusserst interessantes Phänomen zur Beobachtung, welches noch jetzt jederzeit auf das prompteste hervorgerufen werden kann:

Verschliesst man der Patientin das noch hörfähige linke Ohr mit Watte, so verfällt sie nach wenigen Augenblicken in festen Schlaf, aus dem sie in der gewöhnlich üblichen Weise unmöglich erweckt zu werden vermag. Derselbe dauert vielmehr so lange an, bis man den Wattepfropf wieder entfernt hat. Ist dies geschehen, so zeigt die Kranke etwa $^1/_4$ Minute lang zunächst keine besondere Veränderung in ihrem Verhalten; plötzlich aber fährt sie unter lautem Aufschrei entsetzt im Bette empor, blickt voller Angst nach rückwärts, als ob sie von dort Schreckliches zu gewärtigen hätte. Im nächsten Augenblicke kann man sich, obwohl sie noch am ganzen Körper zittert und äusserlich vollkommen unter dem Eindrucke einer grossen Aufregung zu stehen scheint, davon überzeugen dass sie thatsächlich weder von irgend welchem Angstgefühl gequält wird, noch überhaupt die geringste Erinnerung an alles das zeigt, was unmittelbar mit ihr vorgegangen ist. Wohl aber weiss sie ganz genau anzugeben, wovon man, kurz bevor sie in Schlaf verfiel, mit ihr gesprochen hat und vermag auch in ganz vernünftiger Weise wieder daran anzuknüpfen. Beim Aufheben der Augenlider während des Schlafes kehren sich die Bulbi nach unten und innen, die Pupille zeigt eine minimale Verengerung, Corneal- und Conjunctivalreflexe sind erloschen. Die Respiration ist in

diesem Zustande gleichmässig und langsam (12), die Herzaktion zeigt nichts Auffälliges. Hie und da treten leichte klonische Zuckungen in den oberen Extremitäten auf.

Um für das Zustandekommen des Schlafes eine Erklärung zu finden, lassen sich etwa folgende Erwägungen anstellen:

Die verschiedenartigen Sinnesempfindungen, durch welche wir im wachen Zustande stetig mit der Aussenwelt in Rapport stehen, und durch deren Association uns das eigene Ich, d. h. unsere Existenz immer wieder zum Bewusstsein kommt, haben bei der Patientin teils eine hochgradige Herabsetzung, teils eine völlige Aufhebung erfahren, und es ist das Bewusstseinsfeld für viele Vorstellungen, die sich auf das eigene Ich beziehen, dauernd eingeschränkt. Wird nun die Kranke durch den Wegfall aller Reize, welche das Gehör treffen, noch mehr von der Aussenwelt abgeschnitten, so sind bei ihr die associativen Vorgänge in dem Masse beeinträchtigt, dass weder Vorstellungen zustande kommen, noch das Ich-Bewusstsein aufrecht erhalten werden kann. Sind auf diese Weise die Beziehungen zur Aussenwelt geschwunden, so verfällt Patientin schliesslich in einen Zustand, in welchem sie gewissermassen aufhört zu sein, und der mit dem des tiefen Schlafes identisch ist.

Welcher Art indessen der Reiz sein mag, der in absolut typischer Weise nach Entfernung des Wattepfropfes das jedesmalige schreckhafte Erwachen zur Folge hat, erscheint vollkommen rätselhaft.

Als die Patientin am 25. XI. 94 auf ihren Wunsch entlassen, Mitte Januar 1895 wieder kam, war das im übrigen gleiche Krankheitsbild neuerdings bereichert durch folgende Erscheinungen:

An beiden Oberextremitäten sowie an der rechten unteren machten sich ausgesprochene choreatische Bewegungen geltend, die den ganzen Tag über, in geringem Grade auch während der Nacht bestanden. Ferner war seit etwa 4 Wochen die Sprache erheblich gestört, sodass es eine gewisse Zeit dauerte, bis Patientin das ihr auf der Zunge liegende Wort aussprechen konnte. Ausserdem bestanden Störungen beim Kau- und Schlingakt.

Die Ursache hierfür wurde in einer fehlerhaften Stellung der Zunge erkannt, deren Spitze offenbar infolge einer Contractur nach links verzogen war. Es ist klar, dass die freie Beweglichkeit dieses Organs und alle von ihr abhängigen Funktionen dadurch in hohem Masse beeinträchtigt werden müssen, und dass die Gefahr gelegentlicher Bissverletzungen um so grösser ist, je mehr die Anästhesie der Zungenschleimhaut zunimmt. Auf diese Weise finden zuweilen auftretende kleine Blutungen ihre Erklärung.

Von ernsterer Bedeutung wurden alsbald die bereits früher vorhandenen Menstruationsanomalieen, welche in letzter Zeit eine derartige Exacerbation zeigten, dass sie die Überweisung der Patientin in die Frauenklinik notwendig erscheinen liessen.

Nachdem sie daselbst überdies eine Pneumonie mit hohem Fieber (bis zu 41° C.) überstanden hatte, waren bei ihrer Rückkehr in die interne Klinik jene choreatischen Bewegungen, die zweifelsohne als Chorea hysterica angesprochen werden müssen, völlig geschwunden und die Sprache etwas deutlicher geworden. Die Kranke legte ein auffallend kindisches, läppisches Benehmen an den Tag, welches überhaupt öfter bei ihr beobachtet wurde. Ende März verliess sie wiederum auf ihren eigenen Wunsch München.

Betrachten wir nunmehr den Fall in derjenigen Form, welche er gegenwärtig darbietet, so ist zunächst der Ernährungszustand der Patientin als ein guter, ihr Aussehen geradezu als blühend zu bezeichnen.

Eine Struma mässigen Grades, die sich in der Zwischenzeit entwickelt hat, verursacht keinerlei Beschwerden. Die Respiration ist von normaler Frequenz und vorwiegend costal, der Percussionsbefund der Lungen sowie des Herzens weist keine Besonderheiten auf, die Herztöne sind vollkommen rein. Das Abdomen ist mässig vorgewölbt, im Epigastrium etwas druckempfindlich, die Bauchdecken zeigen ziemliche Spannung.

Hyperästhesien bestehen noch immer bei tiefem Eindrücken im linken Ovarium, ferner an den Processus spinosi des 9. und 10. Brustwirbels.

Im übrigen ist totale Anästhesie beider Körperhälften vorhanden, die sich auch auf die Schleimhäute der Ohren, der Nase, des Mundes und des Schlundkopfes erstreckt. Man kann mit dem Finger bis zum Eingange des Larynx vordringen, ohne den bekannten Reflex auszulösen, obwohl Patientin in letzter Zeit wieder ganz besondere Disposition zum Erbrechen zeigt. Von einer ausgedehnten Verbrennung, die vor einigen Wochen ihren Rachen betroffen hat, will sie nicht das geringste verspürt haben. Höchst merkwürdig, ja paradox muss die Angabe erscheinen, dass sie zeitweise an heftigen Zahnschmerzen leide, während ihr eine gelegentliche Extraction keinerlei schmerzhafte Empfindung verursacht habe.

Jedenfalls ist jene Odontalgie als eine Erscheinung hysterischer Neuralgie aufzufassen, die, wie so viele andere hysterische Symptome, sehr dem Wechsel unterworfen ist.

Sonderbarer Weise stellte sie sich auch ein, als man zur Prüfung der elektro-cutanen Sensibilität den faradischen Strom auf das Abdomen applizierte, weshalb sich die Kranke gegen Wiederholung auf das entschiedenste zur Wehr setzt. Am übrigen Körper wurden dagegen selbst die stärksten Ströme ohne Reaktion vertragen.

Die cutane Anästhesie macht ein Erkennen oder Unterscheiden von Objekten, welche der Patientin bei geschlossenen Augen in die Hand gegeben werden, vollkommen unmöglich. Sie entgleiten derselben, ohne dass sie sich überhaupt schliesst, um sie festzuhalten.

Das weitere Verfolgen dieser Beobachtung führte zur Feststellung der Thatsache, das aktive Bewegungen der Extremitäten überhaupt ohne Hilfe des Gesichtssinnes nicht mehr ausgeführt werden können. Es handelt sich um eine Art Amnesie, vermöge deren die anästhetische Kranke das Vorhandensein ihrer Glieder, sobald sie die Augen schliesst, gewissermassen vergisst. „Eine solche Hysterica ist weder im stande, die ihrem Arme mitgeteilten Bewegungen in das Bewusstsein aufzunehmen, noch besitzt sie das Bewusstsein der Bewegungsvorstellungen, jener Vorstellungen, die zu den bereits eingelernten Bewegungen des Armes in Beziehung stehen. Sie ist unfähig geworden, die als Verstandesthätigkeit sich kundgebenden Bewegungsvorstellungen, die im gegebenen Augenblicke notwendig sind, in ihr Ich-Bewusstsein aufzunehmen. Da nun die Bewegung nichts anderes, als die Kundgebung der Vorstellungen nach aussen hin ist, so erklärt sich die Unmöglichkeit ihrer wirklichen Ausführung. Erst die Zuhilfenahme des Gesichtssinnes dient dazu, sich die auszuführende Bewegung zu versinnlichen und dann ins Werk zu setzen.“ (Janet.) So kann man auch beim Gehen der Patientin beobachten, dass sie die

Bewegungen ihrer Beine stets mit den Augen kontroliert. Werden von ihr auf Geheiss bestimmte Bewegungen intendiert, so prägt sich bei diesen eine entschiedene Verlangsamung aus. Infolge einer gewissen Schwäche der motorischen Impulse fehlt den gewollten Bewegungen jener Grad von Energie, der denselben bei gesunden Menschen eigen zu sein pflegt: das Willensvermögen der Kranken ist reduziert.

Gerade in diesem Umstande liegt eine Bedeutung, welche als ganz besonders charakteristisch für die Hysterie bezeichnet werden muss, da er darauf hinweist, dass der Ausgangspunkt der krankhaften Störungen auf scheinbar rein motorischem Gebiete in der psychischen Sphäre zu suchen ist, und dass jene als Ausdruck mangelnder Energie der Willensimpulse angesehen werden müssen.

Im gleichen Sinne ist auch die sowohl an den unteren wie an den oberen Extremitäten sich geltend machende Amyosthenie aufzufassen. Wenn man die Kranke auffordert, einem fest die Hand zu drücken, so überzeugt man sich, dass der Druck trotz scheinbar grosser Anstrengung äusserst schwach und kraftlos ist. Diese Kraftlosigkeit der Extremitäten verbindet sich mit einem subjektiven Gefühle grosser Mattigkeit und veranlasst die Kranke zu der Erklärung, sie fühle sich oft so schwach, dass sie ihre eigenen Glieder nicht mehr schleppen könne. Gleichwohl ist die Muskulatur gut entwickelt und zeigt bezüglich des elektrischen Verhaltens ebenso wenig wie die Nerven eine Abweichung von der Norm.

Die bedeutendste Bewegungsstörung prägt sich entschieden an der Zunge aus: sie erscheint infolge der hochgradigen Kontraktur gleichsam eingemauert in die Mundhöhle und zeigt sowohl aktiv als passiv eine minimale

Motilität. Ihre Längsaxe ist von R hinten nach L vorn gerichtet, die Spitze nach unten und rückwärts gebogen. Trotz der dadurch bedingten Undeutlichkeit der Sprache sind indessen grobe Artikulationsstörungen nicht vorhanden, sondern auch schwierigere Worte können mit einiger Mühe nachgesprochen werden.

Was nun das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe betrifft, so weist dasselbe gewisse Eigentümlichkeiten auf, die indessen häufig schwanken.

Der Bauchreflex ist beiderseitig auszulösen, R jedoch stärker als L. Der Fusssohlenreflex ist mitunter in geringem Grade, ein anderes Mal jedoch nicht auslösbar.

Eine Verstärkung zeigt ziemlich konstant der rechtsseitige Patellarsehnenreflex, während derselbe L normal ist.

Der Achillessehnenreflex ist vorhanden, wenn auch nur gering; Fussclonus nicht wahrnehmbar. Die Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten erscheinen von normaler Stärke, ebenso die Periostreflexe.

Während der Conjunctivalreflex vollkommen erloschen ist, kann der der Cornea besonders L ziemlich gut ausgelöst werden. Auch der optische Facialisreflex ist an dem Blinzeln bei Annäherung des Fingers an die Augen deutlich erkennbar. Die Pupillen sind auffallend eng, jedoch auf Licht reaktionsfähig.

Im Uebrigen besteht noch wie früher auf dem rechten Auge hochgradige Amblyopie. Vorgehaltene Gegenstände werden nur schwer und unsicher, kleine Objekte angeblich fast gar nicht erkannt. L dagegen werden fast alle Snellenschen Schriftproben gut gelesen.

Die Aufnahme des Gesichtsfeldes mittels Perimeter war für das rechte Auge unmöglich wegen der bestehenden Achromatopsie. Farbige Scheibchen auf schwarzem

Grunde werden als graue Kreise gesehen, und zwar die verschiedenen Farben in verschiedener Entfernung, die für grün beispielsweise 4,5 cm, für gelb dagegen 17,8 cm beträgt.

L ist das Gesichtsfeld für blau am weitesten, am kleinsten für gelb. Die einzelnen Farben werden leidlich gut percipiert, nur rot als gelb angegeben und umgekehrt.

Diese funktionellen Störungen treten übrigens nur bei monoculärem Sehen besonders hervor, während sie zum grossen Teile schwinden, sobald beide Augen synergisch in Aktion treten. Daher erklärt es sich, dass das subjektive Sehvermögen annähernd normal sein kann und besonders die allgemeine Orientierung mit keinerlei Schwierigkeit verknüpft ist. Die Untersuchung mit dem Ophthalmoskope ergiebt bezüglich pathologischer Befunde ein vollkommen negatives Resultat. Auch in der Motilität weist der Sehapparat keinerlei Abnormitäten auf; die conjugierten sowohl als die einseitigen Augenbewegungen sind ungestört.

Die Prüfung des Gehörs ergiebt, dass das Ticken einer in der Umgebung des Ohres auf den Schädel aufgedrückten Taschenuhr rechterseits absolut nicht percipiert wird, während L die Fortpflanzung jenes Geräusches durch die Schädelknochen eine bessere ist, als die durch die Luft. In letzterem Falle wird dasselbe erst in einer Entfernung von etwa 10 cm schwach gehört, R dagegen überhaupt nicht wahrgenommen.

Auch das Geruchsvermögen zeigt Verschiedenheiten auf beiden Seiten. R erscheint es selbst für noch so intensive Riechstoffe vollkommen aufgehoben, L dagegen nur für Moschus und Ol. Citri, während Ol. Caryophyllorum, Ol. menthae piperitae sowie auch Campher und Tinct.

Valeriana gut erkannt werden. Bei Vorhalten von Asa foetida erfolgte gelegentlich Erbrechen.

Was endlich den Geschmackssinn anbelangt, so besteht für Stoffe wie Chlornatrium, Zucker, Acid. citricum, Chinin und Tinct. Gentianae angeblich auf beiden Zungenhälften, und zwar weder im Bereiche des N. lingualis, noch im hinteren Drittel der Zunge, bezw. am Gaumen (N. glossopharyngeus) irgendwelche Geschmacksempfindung. Während die Kranke früher für saure oder bittere Speisen eine besondere Vorliebe zeigte, sind ihr jetzt alle vollkommen gleich, da sie Unterschiede im Geschmack umso weniger wahrzunehmen vermag, als die gleichzeitige Anosmie eine ziemlich hochgradige ist.

Seit dem Bestehen der Kontraktur will Patientin oft bemerkt haben, dass der Speichel, besonders während des Schlafes, aus dem Munde abfloss und die Bettwäsche verunreinigte. Das Vorhandensein eigentlicher Salivation, d. h. einer wirklichen Vermehrung der Speichelsekretion konnte indessen nicht nachgewiesen werden.

Als Ausdruck vasomotorischer Störungen macht sich eine profuse Schweissabsonderung besonders am Rücken und an den Füssen geltend. Die auffallende Kälte derselben ist eine Erscheinung, welche psychich-nervöse Einflüsse in hohem Grade wahrscheinlich macht. Bemerkenswert ist ferner bezüglich des Verhaltens der Gefässe die bereits von den ältesten Autoren gemachte und auch in unserem Falle sich bestätigende Beobachtung, dass Stichverletzungen bei anästhetischen Hysterischen eine äusserst geringe Blutung zur Folge haben.

Unter den mannigfachen subjektiven Beschwerden der Kranken spielt das überaus häufige Erbrechen in letzter Zeit wieder eine ganz besondere Rolle. Die geringfügigste

psychische Erregung, ja fast der blosse Gedanke genügt, um es sofort hervorzurufen, und so ist es wohl begreiflich, dass jeder Druck auf den Magen bei der ausserordentlichen Empfindlichkeit der Patientin dieselbe Wirkung haben muss. Dies ist denn auch beispielsweise beim Anlegen des Korsets regelmässig der Fall, so dass das Tragen desselben möglichst vermieden wird.

Noch peinlicher als durch diese Hyperemesis wird die Kranke berührt durch das Unvermögen, den Urin zu halten. Da die Anaesthesie offenbar auch Harnröhre und Blase betroffen hat, besitzt Patientin kein Gefühl davon, wenn die (reflektorisch geregelte) Harnentleerung spontan erfolgt und wird erst, sobald sie den Effekt sieht, sich dessen bewusst. Dass diese Incontinentia urinae psychopathologischen Vorstellungen ihre Entstehung verdankt, gewinnt dadurch an Wahrscheinlichkeit, dass sie eine gewisse Inkonstanz zeigt. Die ängstliche Besorgnis der Kranken, das Bett oder das Zimmer zu verunreinigen, andererseits der Mangel an energischen Gegenvorstellungen infolge von Abulie spielen vielleicht hierbei als wirksame Faktoren eine Rolle. Charakterisiert doch Moebius als „hysterisch“ alle diejenigen krankhaften Veränderungen der Körperfunktionen, welche durch Vorstellungen verursacht werden.

Die Patientin ist so unglücklich über jene Inkontinenz, dass sie, obwohl häufig von Durst gequält, nach Möglichkeit vermeidet, Flüssigkeiten zu sich zu nehmen, nur um die Urinentleerung auf ein Minimum zu beschränken.

Es erübrigt noch, auf die psychische Konstitution der Kranken im Zusammenhange etwas näher einzugehen, nachdem bereits wiederholt hervorgehoben wurde, dass gerade sie von ganz hervorragender Bedeutung ist für die

Beurteilung des Wesens der Hysterie, die ja auch nach den neuesten Forschungen, besonders der Charcotschen Schule als eine wirkliche Psychose aufgefasst werden soll.

Die geistigen Fähigkeiten der ihrem Charakter nach gutmütigen und harmlosen Patientin sind als gute zu bezeichnen.

Ihre klare und deutliche Schrift, ihre Ausdrucksweise im Gespräch, in der Beschreibung ihrer mannigfachen Beschwerden, das Verständnis, mit welchem sie alle Fragen beantwortet, lassen den Beobachter den Eindruck gewinnen, dass er es mit einer ganz intelligenten Person zu thun hat. Sie empfindet daher ihre jammervolle Lage oft nur zu tief, sodass ihre Gemütsstimmung herabgedrückt wird zu einer melancholischen. In diesem Zustande der Melancholie tritt die Neigung zum Weinen ganz besonders stark hervor, und die Kranke legt eine grosse Mitleidsbedürftigkeit an den Tag. Es thut ihr augenscheinlich wohl und vermag sie sogar bis zu einem gewissen Grad zu beruhigen, wenn man ihren Klagen ein williges Ohr leiht und Teilnahme für sie zeigt. Nichts dagegen vermag sie mehr ausser Fassung zu bringen, als wenn jemand ihr Leiden für eingebildet erklärt, von „Verrücktheit“ spricht oder behauptet, sie simuliere alles nur, um sich interessant zu machen. Bezüglich dieses letzten Punktes ist in neuerer Zeit, besonders von Pitres, mit aller Entschiedenheit betont worden, dass man Simulation, d. h. eine mit vollem Bewusstsein und gegen die eigene Ueberzeugung des betreffenden Individuums bewerkstelligte Vorspiegelung falscher Thatsachen mit Unrecht allen hysterischen Personen zum Vorwurfe gemacht hat. Wenngleich allerdings oftmals in ihren Angaben und deren Beziehung zu objektiv feststellbaren Befunden Widersprüche

zum Ausdruck kommen, die unvereinbar erscheinen, so beruht dies keineswegs auf wirklicher Simulation.

Hecker äussert sich hierüber:*)

Die Sucht oder, wohl richtiger ausgedrückt, der Zwang zur Uebertreibung und die Neigung zu scheinbarer Simulation, jenes für Hysterie als besonders wichtig und unerlässlich bezeichnete Symptom, zeigt sich deutlich abhängig von der krankhaft gesteigerten Suggestibilität. „Denn es ist ja gerade das Charakteristische der Suggestibilität, dass sie jede auch nur flüchtig angeregte Vorstellung eines Schmerzes, einer Anästhesie oder irgend eines anderen körperlichen wie psychischen Zustandes sofort in die reellste, empfindlichste Wirklichkeit umsetzt."

Die Psyche einer Hysterischen ist also infolge gesteigerter Suggestibilität durch alle äusseren und inneren Einflüsse weit leichter und intensiver erregbar, als die normaler Menschen, und ohne ersichtlichen Grund einem häufigen und raschen Wechsel unterworfen, weil die Gefühle, welche nahezu alle — auch die sonst unbetonten — Vorstellungen begleiten, sich so ausserordentlich leicht zu den entsprechenden Affekten steigern, die jedoch ihrerseits, da sie nicht genügend motiviert sind, auch ohne Dauer zu sein pflegen. (Hecker.)

Ja, es ist sogar das ganze Krankheitsbild in seinen einzelnen Erscheinungen je nach der seelischen Constitution der Kranken fast von einem zum anderen Tage veränderlich. Wir haben in unserem Fallegesehen, wie die schweren, konvulsiven Anfälle spontan verschwunden sind, wie die hochgradigen Kontrakturen durch psychische Einwirkung aus-

*) cf. Therapeutische Monatshefte 1894. Heft 4 und 5. Die Behandlung der Hysterie von Dr. Ewald Hecker in Wiesbaden.

geglichen wurden, die choreatischen Bewegungen in kurzer Zeit ohne besondere Therapie aufgehört haben, während andere Symptome mehr in den Vordergrund traten.

Die Gemütsstimmung der Kranken befindet sich stets in dem Zustande labilen Gleichgewichtes. Während die Melancholie derselben zuweilen einen Grad erreicht, dass sie sich selbst verächtlich vorkommt und sogar mit Selbstmordgedanken umgeht, ist an anderen Tagen ihre Stimmung eine so expansiv-heitere, dass sie ihren beklagenswerten Zustand völlig vergessen zu haben scheint. Ihr subjektives Befinden ist dann ein durchaus gutes, in ihrem Benehmen zeigt sie etwas Kindisch-Läppisches. Es bereitet ihr nach eigener Aussage die grösste Freude, wenn sie, wie ein kleines Kind, auf dem Boden herumrutschen kann, wobei sie singt und allerhand absurde Spässe treibt. Aber auch dieses Vergnügen — allerdings eigenartiger Natur — ist ihr missgönnt, indem sie gewöhnlich von ihrer Umgebung deswegen verlacht und verspottet wird.

Obwohl jene heitere Stimmung im allgemeinen zu praevalieren scheint, so kommen doch immer wieder Zeiten tiefer Depression vor, in denen völlige Apathie und Abulie das Feld beherrschen. Ein Gefühl grosser Abspannung und Mattigkeit bemächtigt sich der Kranken, die Augen werden ihr schwer, ihr Ausdruck wird blöde, kurz, sie vermag sich nicht aufrecht zu erhalten. Es tritt ein Zustand vollkommener Somnolenz ein: Patientin ist unfähig, ihre Aufmerksamkeit irgendwie zu konzentrieren (Aprosexie); während man mit ihr spricht schläft sie plötzlich ein, ist aber durch Anrufen oder Anblasen leicht wieder zu erwecken.

Wird sie von einem derartigen Anfalle von Schlafsucht betroffen, so ist es ihr oft, als befände sie sich in einem Rausche:

Während sie halbwach daliegt, dreht sich scheinbar alles im Kreise, sie vermag die Kiefer nicht still zu halten, sodass die Zähne klappern, in den Ohren beginnt es zu sausen und gewöhnlich erfolgt unbemerkt Urinabgang. Dieser somnolente Zustand dauert oft tagelang in mehr oder minder hohem Grade an, und die Patientin ist vollkommen gleichgiltig, interesselos, vergesslich, überhaupt unfähig, irgend etwas zu thun. Aber auch in Zeiten relativen Wohlbefindens tritt die Unmöglichkeit einer regelmässigen und konsequenten Thätigkeit deutlich zu Tage, ohne dass eigentliche Arbeitsscheu der Kranken zum Vorwurf gemacht werden könnte. „Ich habe mir", sagt sie, „oft allen Ernstes vorgenommen zu arbeiten, aber es geht nicht, ich kann nicht." Derartige Aussprüche charakterisieren so recht das reduzierte Willensvermögen, die Lähmung des Willens, die als das hauptsächlichste psychische Stigma der Hysterie in den Vordergrund tritt.

Mit der Abulie im engsten inneren Zusammenhange steht die Suggestibilität, welche kaum bei einer anderen Krankheit in höherem Masse vorhanden ist. In derselben Weise, wie sich Patientin für alle Arten der äusseren Suggestion (Hypnose!) zugänglich und empfänglich zeigt, fällt sie auch willenlos der inneren, der Auto-Suggestion anheim und wird von ihr in mächtigem Banne gehalten. Ja es scheint dieselbe häufig selbst im Schlafe wirksam zu sein, der trotz abnorm langer Dauer kein erquickender und stärkender zu sein pflegt, da er durch unruhige Träume gestört wird. Über den Inhalt derselben vermag Patientin in der Regel nichts anzugeben, nicht einmal, ob derselbe angenehmer oder unangenehmer Art war, sodass man vielleicht in den Träumen einen erkennbaren Einfluss auf ihr psychisches Verhalten zu finden im stande wäre.

Eigentliche Hallucinationen sind bei der Kranken nicht beobachtet worden, und auch aus ihren Angaben keinerlei Anhaltspunkte dafür zu eruieren.

Fassen wir zum Schlusse noch einmal das Gesamtbild der vorliegenden schweren Hysterie in seiner jetzigen Gestalt zusammen, so machen sich in der somatischen Sphäre in erster Linie die Stigmata vollkommener cutaner und musculärer Anästhesie, Hyperästhesieen des 9. und 10. Brustwirbelfortsatzes sowie des linken Ovariums geltend, ferner Amyosthenie beider Extremitätenpaare, die an dem rechten Bein einen gesteigerten Ausdruck findet in einer leichten Hemiparese; ausserdem hochgradige Contractur der Zunge mit den dadurch bedingten Störungen, Hyperidrosis, Hyperemesis und Incontinentia urinae, während motorische Reizerscheinungen, wie Convulsionen, Chorea oder dergleichen zur Zeit vollkommen fehlen.

Auf sensoriellem Gebiete besteht die rechtsseitige Aufhebung, bezw. hochgradige Störung sämtlicher Sinnesempfindungen (Amblyopie, Anakusie, Anosmie, Ageusie), welche linkerseits mit Ausnahme des Geschmackes wenigstens teilweise erhalten sind.

Als psychische Stigmata sind hervorzuheben: Abulie, Suggestibilität, labile Gemütsstimmung und, wenn wir die Bezeichnung Janets beibehalten wollen, jene „Einschränkung des Bewusstseinsfeldes", infolge deren die sensitive-sensoriellen Elementarempfindungen, die in ihrem Wesen wohl unverändert sein müssen, nicht zum Bewusstsein gelangen.

Mit der Auffassung der Hysterie als Psychose, bei der auch die körperlichen Symptome psychisch bedingt erscheinen, ist gleichzeitig der Therapie der Weg gewiesen,

deren dauernde Erfolge man freilich nicht allzu hoch ans schlagen darf.

Hervorzuheben ist, dass in sehr vielen Fällen, so auch in dem vorliegenden trotz der mannigfachen und schweren Störungen der Ernährungszustand des Organismu- wenig oder gar nicht beeinträchtigt erscheint, dass überhaupt die Hysterie, so wenig günstig ihre Prognose quoad valetudinem lauten muss, an und für sich auf die Lebensdauer der Kranken ohne Einfluss ist.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen für die gütige Überlassung dieses Falles zur Bearbeitung, sowie Herrn Dr. Lindemann für das freundliche Entgegenkommen, welches er mir bei Benutzung der Bibliothek des klinischen Institutes bewies, an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.